



Chapitre six

Epidémies mondiales négligées: trois menaces croissantes

Dans les pays en développement, les maladies non transmissibles, en particulier les affections cardio-vasculaires, causent aujourd'hui plus de décès et d'incapacités que les maladies transmissibles qui y sévissent depuis longtemps. Pour s'attaquer à ce double fardeau avéré, il est proposé ici de mener une action double consistant à intégrer la lutte contre les maladies tant transmissibles que non transmissibles dans un système de santé complet.

Le présent chapitre traite également de l'évolution discrète mais rapide de deux autres épidémies et des moyens d'y faire face: la mondialisation des maladies liées au tabagisme peut être combattue grâce à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, de même que l'épidémie « occulte » d'accidents de la route et les risques environnementaux liés à la circulation routière feront moins de victimes si les pays en développement adaptent à leurs propres besoins les mesures de sécurité routière et autres améliorations qui ont fait leurs preuves ailleurs.

6

Epidémies mondiales négligées: trois menaces croissantes

Maladies cardio-vasculaires: il faut agir

Lorsqu'il y a 25 ans, les délégués à la Conférence internationale d'Alma-Ata ont dressé la liste des huit éléments essentiels des soins de santé primaires, ils n'y ont pas fait figurer le traitement ou la prévention d'affections telles que les cardiopathies et l'accident vasculaire cérébral. Les priorités pour les pays les plus pauvres du monde étaient alors une bonne nutrition, une eau propre et un assainissement de base, la santé maternelle et infantile, la vaccination contre les principales maladies infectieuses, la lutte contre les maladies localement endémiques et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Les maladies cardio-vasculaires – cardiopathies et accident vasculaire cérébral – et d'autres maladies non transmissibles étaient considérées comme des maladies des pays industrialisés, des maladies « occidentales », dues à des modes de vie complètement différents de ceux qui prévalaient dans la plus grande partie de l'Afrique, de l'Asie et dans bien d'autres régions en développement. Il est intéressant de noter cependant que, dès 1954, le délégué de l'Inde à l'Assemblée mondiale de la Santé demandait que des mesures soient prises pour prévenir les maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement.

L'action sanitaire au niveau mondial est encore régie par l'idée qu'il faut d'abord prévenir et soigner les maladies transmissibles avant de s'occuper des maladies cardio-vasculaires. L'opinion persiste que les maladies cardio-vasculaires touchent essentiellement les classes aisées et sont dues aux processus naturels de vieillissement et de dégénérescence. On considère encore souvent qu'il s'agit de maladies liées au mode de vie qui dépendent entièrement de la volonté des individus.

La réalité est tout autre. Les maladies cardio-vasculaires ont fait leur apparition dans presque tous les pays les plus pauvres, où elles ont même déjà beaucoup progressé. Ce poids de plus en plus lourd risque réellement de compromettre le développement socio-économique. Cinq des dix facteurs de risque les plus courants dans le monde, lesquels sont de bons indicateurs des futurs problèmes de santé, sont spécifiques aux maladies non transmissibles (1): hypertension, tabagisme, consommation d'alcool, hypercholestérolémie et obésité ou surpoids. C'est une manifestation de la transition épidémiologique dite de la « double charge », aujourd'hui bien établie et par laquelle le groupe tout entier des maladies non transmissibles, dont les facteurs de risque sont communs, vient s'ajouter aux maladies transmissibles qui continuent de sévir. Par conséquent, les systèmes de santé doivent désormais être capables de faire face simultanément à toutes les maladies courantes, quelle que soit leur origine.

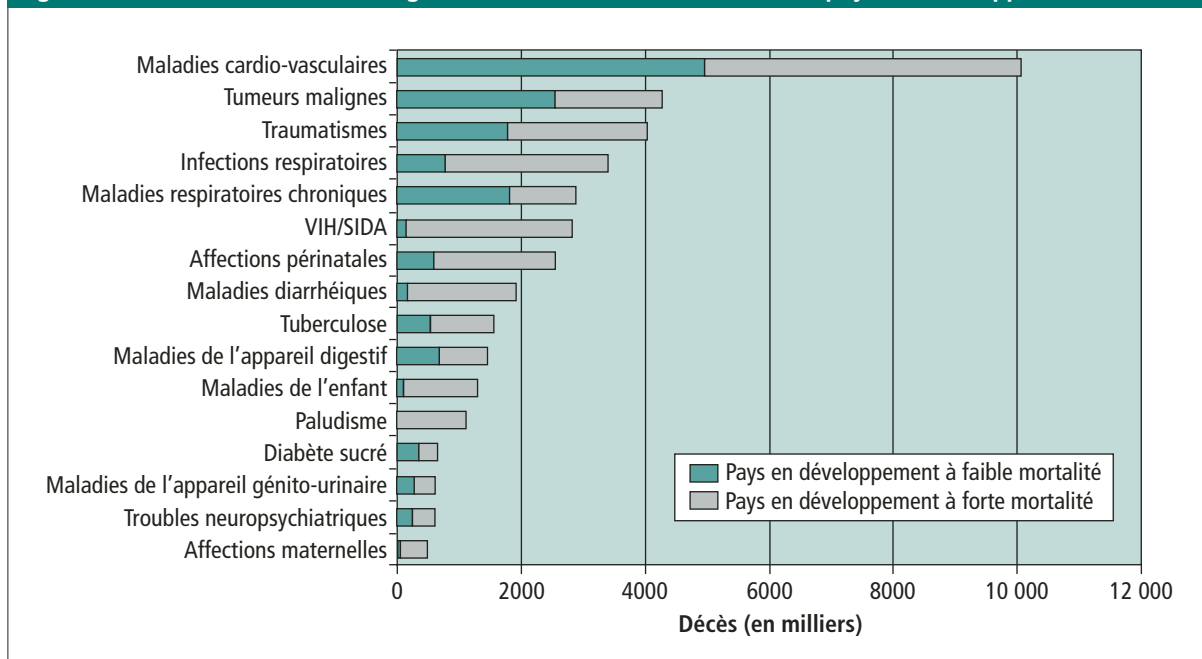
Comme on l'a vu dans le chapitre 1, la plupart des décès aujourd'hui sont dus aux maladies non transmissibles (32 millions) et un peu plus de la moitié de ceux-ci (16,7 millions) aux maladies cardio-vasculaires; plus du tiers de ces décès concernent des adultes d'âge mûr. Dans les pays développés, les cardiopathies et l'accident vasculaire cérébral sont respectivement les première et deuxième causes de décès chez les hommes et les femmes adultes. Ces faits sont bien connus et peu surprenants. Ce qui l'est plus, c'est que, dans certains pays en développement, ces maladies sont également devenues les première et deuxième causes de mortalité et sont responsables d'un tiers des décès au total (voir la Figure 6.1).

En réalité, les décès par maladie cardio-vasculaire sont désormais deux fois plus nombreux dans les pays en développement que dans les pays développés. Dans les pays en développement en général, elles se situent au troisième rang de la charge de morbidité (derrière les traumatismes et les troubles neuropsychiatriques). Même dans ceux où la mortalité est élevée, elles figurent en bonne place.

L'âge relativement jeune auquel les habitants des pays en développement meurent de maladie cardio-vasculaire par rapport à ceux des régions développées est particulièrement préoccupant (2). En Inde, un décès par maladie cardio-vasculaire sur deux survient avant l'âge de 70 ans, alors que la proportion est de un sur cinq dans les pays à l'économie bien développée. Dans les zones rurales et urbaines de la République-Unie de Tanzanie, les taux de mortalité par accident vasculaire cérébral sont trois fois plus élevés qu'en Angleterre et au pays de Galles. On ignore souvent qu'à l'échelle mondiale, les maladies cardio-vasculaires tuent autant de jeunes adultes et d'adultes d'âge mûr que le VIH/SIDA.

Cela ne signifie pas pour autant que les maladies transmissibles ont subrepticement disparu, nécessitent moins de fonds ou sont maîtrisées pour de bon. La survenue du VIH/SIDA a ruiné cet espoir (voir le chapitre 3). Le paludisme et la tuberculose font partie des menaces qui continuent à peser très lourdement sur la santé et qui progressent encore. Par ailleurs, comme il est dit dans le chapitre 5, une nouvelle maladie infectieuse apparaît tous les ans depuis au moins une vingtaine d'années, la dernière en date étant le SRAS. Les responsables

Figure 6.1 Décès attribuables à 16 grandes causes de mortalité dans les pays en développement, 2001



de la santé publique ont donc raison de rester vigilants vis-à-vis des maladies infectieuses et de miser avant tout sur les soins de santé primaires, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata. Ils ne peuvent cependant ignorer les conséquences socio-économiques de plus en plus importantes des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles.

Paradoxalement, les maladies cardio-vasculaires régressent maintenant dans les pays industrialisés qui ont été les premiers concernés. Ce paradoxe donne néanmoins des raisons d'espérer: le recul observé est largement dû au succès de la prévention primaire et, dans une moindre mesure, à celui du traitement. Ce qui fonctionne dans les pays riches, et surtout pour les classes les plus favorisées, peut être aussi efficace dans les pays pauvres.

Les données sont maintenant largement suffisantes pour entreprendre de promouvoir et de protéger la santé cardio-vasculaire aux niveaux national et mondial en prenant des mesures efficaces basées sur la population et axées sur les grands facteurs de risque communs à toutes les maladies non transmissibles. L'application des connaissances actuelles à l'échelle de toute la population peut contribuer de façon rapide, rentable et décisive à la prévention et à la lutte, et profiter à l'ensemble de la population (3).

Dans les pays en développement, le principal problème pour les responsables du choix des politiques de santé publique à tous les niveaux est de faire face à l'aggravation des épidémies de maladies non transmissibles alors que les épidémies de maladies transmissibles perdurent. La tâche est plus ardue encore quand le système de santé manque déjà de ressources. Certes la politique peut être grandement améliorée à bon compte, surtout du point de vue intersectoriel, mais il faut impérativement trouver des fonds supplémentaires, en consacrant plus de ressources nationales à la santé, en utilisant mieux les ressources existantes et en trouvant de nouvelles sources de financement. Pour la plupart des pays, une taxe spéciale sur les produits du tabac au profit des programmes de prévention est un moyen commode de se procurer des fonds.

Les causes sont connues

La bonne nouvelle est qu'une somme considérable de travaux ont identifié les causes des épidémies de maladies cardio-vasculaires au sein des populations (1). La mondialisation du commerce et l'essor du marketing continuent de faire évoluer la nutrition vers des régimes riches en graisses saturées, en sucre et en sel. Parallèlement, l'apport d'éléments protecteurs comme les fibres et les substances phytochimiques présentes dans les fruits et les légumes diminue progressivement. Conjuguée au tabagisme et au manque d'exercice physique, cette alimentation développe l'athérosclérose dans l'ensemble de la population et entraîne une large distribution des maladies cardio-vasculaires. Les variations des principaux facteurs de risque communs expliquent en grande partie les grands écarts de fréquence des maladies cardio-vasculaires entre les pays.

En bref, les principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'absence d'exercice physique (qui se manifestent principalement par des concentrations excessives de lipides, un indice de masse corporelle élevé et une forte pression artérielle) sont à l'origine d'au moins 75 à 85 % des nouveaux cas de cardiopathie coronarienne (4). Quand ces facteurs de risque n'augmentent pas, les décès par cardiopathie coronarienne sont rares. Malheureusement, la population de presque tous les pays est en très grande majorité exposée au risque de maladie cardio-vasculaire, car les principaux facteurs de risque dépassent les niveaux optimaux. Dans les pays riches, les facteurs de risque sont de niveau optimal pour seulement 5 % environ des adultes qui, de ce fait, sont peu exposés. Il n'y a plus que quelques pays très démunis où ces facteurs ne sont pas encore devenus de grandes préoccupations de santé publique.

Les politiques existent

L'une des possibilités les plus intéressantes de ces dernières années en santé publique est l'intégration de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies cardio-vasculaires dans des systèmes de santé complets basés sur les soins de santé primaires. Pour profiter de cette possibilité, il faut repenser les soins de santé primaires pour les adapter à un monde en pleine évolution, de façon à ce que tous les patients bénéficient tout au long de leur vie d'une prévention, d'un traitement et d'une prise en charge prolongée des maladies responsables de la double charge de morbidité.

L'intégration ne sera pas facile. Elle nécessitera, entre autres, une coopération entre des professions rivales qui estiment chacune que la part de la charge morbide dont elle s'occupe est plus importante que l'autre et qui se disputent des ressources limitées. Cette concurrence existe depuis longtemps sur tous les fronts de la santé publique. Pourtant, ainsi que l'indique le chapitre sur le SRAS, la collaboration interdisciplinaire n'est pas seulement possible: elle peut être extrêmement gratifiante pour tous les intéressés. On a vu à l'occasion de cette nouvelle épidémie que les meilleurs scientifiques, cliniciens et spécialistes de la santé publique du monde entier sont capables, lorsque les circonstances l'exigent, d'oublier leurs rivalités professionnelles et d'œuvrer ensemble pour le bien public. Paradoxalement, il n'en va pas de même pour certains problèmes de santé publique de plus grande ampleur, comme l'épidémie mondiale de maladies cardio-vasculaires, dont la progression rapide ne laisse pas d'inquiéter.

Autre problème crucial de politique générale, surtout pour les pays pauvres: trouver le juste équilibre entre la prévention primaire et secondaire et entre la prévention primaire dans la population en général et dans les groupes à haut risque. Si le but est que la proportion de personnes à faible risque augmente et que tous les groupes tirent profit de la prévention, la stratégie la plus indiquée est celle qui vise l'ensemble de la population et non pas seulement les personnes qui courent des risques importants ou qui sont déjà malades (5). Toutes les autres stratégies ne feront au mieux qu'atténuer les épidémies et creuseront probablement les inégalités; elles n'empêcheront pas les épidémies. A cause du vieillissement de la population, les systèmes de santé devront de toute façon continuer à répondre à la demande permanente de soins coûteux, aussi bien aigus que chroniques (voir l'Encadré 1.3 au chapitre 1).

Le but ultime de la politique de santé publique est de réduire le risque pour la population. Etant donné que, dans la plupart des pays, le niveau de risque n'est pas optimal pour la population, la plupart des ressources consacrées à la prévention et à la lutte doivent viser une réduction dans l'ensemble de la population. Des données probantes attestent la rentabilité des politiques consistant à modifier légèrement, mais de manière efficace et étonnamment rapide, la distribution des risques au sein de populations tout entières afin qu'elle soit plus favorable (1). De même, les décisions gestionnaires fondées sur le risque global sont plus rentables que celles qui traitent des facteurs de risque séparément.

Un nombre incalculable de personnes meurent parce que les maladies cardio-vasculaires aiguës et chroniques sont mal prises en charge alors qu'il existe des interventions relativement bon marché (6) et que l'on est en train de mettre au point des polythérapies associant aspirine, antihypertenseurs et hypocholestérolémiants pour traiter les maladies chroniques. Cependant, même dans les pays riches, ce type d'interventions et d'autres encore sont loin d'être pleinement exploitées pour la prévention secondaire. La situation laisse encore plus à désirer dans les pays démunis. Il y a pourtant de nombreuses possibilités de coordonner la réduction des risques, les soins et la prise en charge à long terme. Le renoncement au tabac, par exemple, ainsi que le dépistage et la prise en charge du diabète sont deux priorités parmi d'autres. Des interventions d'un bon rapport coût/efficacité telles que la prescription d'aspirine aux personnes qui souffrent de douleurs thoraciques permettraient d'éviter un quart des décès

Tableau 6.1 Approche graduelle de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre ces maladies

Niveau de ressources	Approches basées sur la population		Approches basées sur les personnes à haut risque
	Niveau national	Niveau communautaire	
Etape 1: Mesures de base	<p>Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans le pays.</p> <p>Adoption et application d'une législation antitabac conforme aux dispositions de la Convention.</p> <p>Elaboration et adoption par le gouvernement d'une politique nationale sur la nutrition et l'exercice physique conforme à la stratégie mondiale; une action plurisectorielle soutenue a été manifestement entreprise pour réduire l'apport de matières grasses et de sel (en veillant à ioder le sel le cas échéant) et pour promouvoir la consommation de fruits et de légumes.</p> <p>On évalue l'impact sanitaire des politiques publiques (par exemple dans les domaines des transports, de l'aménagement urbain, de la fiscalité et de la pollution).</p>	<p>Les plans locaux d'occupation des sols prévoient l'aménagement et l'entretien de sites accessibles et sans danger pour l'activité physique (par exemple, parcs publics et zones réservées aux piétons).</p> <p>Les projets communautaires de promotion de la santé comportent une participation à la lutte contre les facteurs de l'environnement qui prédisposent aux maladies non transmissibles: sédentarité, alimentation malsaine, usage du tabac, abus d'alcool, etc.</p> <p>Des programmes de promotion sanitaire énergiques axés sur les maladies non transmissibles sont mis en œuvre dans différents contextes: villages, écoles et lieux de travail.</p>	<p>Des directives adaptées au contexte pour la prise en charge des maladies non transmissibles ont été adoptées et sont appliquées à tous les niveaux du système de soins.</p> <p>On dispose d'un approvisionnement en médicaments appropriés renouvelable, accessible et d'un coût abordable pour traiter les maladies non transmissibles prioritaires.</p> <p>Il existe un système pour appliquer les directives cliniques systématiquement et dans des conditions garantissant la haute qualité des services ainsi que pour l'audit clinique des services proposés.</p> <p>On applique un système de convocation et de rappel des malades souffrant de diabète et d'hypertension.</p>
Etape 2: Mesures élargies	<p>La législation antitabac prévoit des augmentations graduelles des taxes sur le tabac et une certaine proportion des recettes fiscales est allouée à la promotion sanitaire.</p> <p>Une législation sur les normes alimentaires est adoptée et appliquée; elle prévoit l'étiquetage des produits alimentaires.</p> <p>Des programmes nationaux durables et bien conçus (contre-publicités) sont en place pour promouvoir l'abstinence tabagique.</p>	<p>Des programmes durables et bien conçus sont en place pour promouvoir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'abstinence tabagique, par exemple des lieux publics interdits aux fumeurs, des manifestations sportives sans publicité pour le tabac; • une alimentation saine, par exemple aliments peu coûteux et à faible teneur en matières grasses, fruits et légumes frais; • l'activité physique, par exemple mouvements de gymnastique au travail et pendant les loisirs. 	<p>Des systèmes sont en place pour une prévention sélective et ciblée portant sur les populations à haut risque et basée sur les niveaux de risque absolus.</p>
Etape 3: Mesures optimales	<p>Des normes nationales sont instaurées pour réglementer la commercialisation des aliments malsains auprès des enfants.</p> <p>On développe le potentiel de recherche sanitaire dans les pays en encourageant l'étude des maladies non transmissibles.</p>	<p>Des centres de loisirs et de mise en forme sont à la disposition de la communauté.</p>	<p>On exécute des programmes de dépistage opportuniste, de détection des cas et de traitement.</p> <p>On a mis en place des groupes de soutien pour l'abstinence tabagique et la réduction de l'obésité.</p> <p>Des interventions diagnostiques et thérapeutiques appropriées sont mises en œuvre.</p>

Source: tiré de (8).

par crise cardiaque et sont bien plus rentables que des interventions plus radicales comme la revascularisation qui ne concernent qu'une minorité des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires.

Agir maintenant et mesurer les progrès accomplis

Des stratégies d'ensemble axées à la fois sur une meilleure prévention et sur la prise en charge des sujets à haut risque ont permis de faire chuter rapidement les taux de décès par maladie cardio-vasculaire dans les pays riches, surtout dans les classes les plus aisées et les plus instruites. Dans les pays en développement comme dans les pays développés, des interventions de fond peuvent donner des résultats d'une rapidité étonnante. C'est ainsi qu'à Maurice, les mesures prises par les pouvoirs publics pour encourager la consommation d'huiles qui ne nuisent pas à la santé se sont traduites par une baisse rapide de la cholestérolémie dans la population. En Finlande, les subventions de l'Etat à l'agriculture ont servi à diminuer la production laitière au profit de la production de fruits sauvages. En Pologne, une plus grande consommation de fruits et légumes frais suite à un changement d'orientation de la politique générale a eu pour effet une forte décreue des taux de décès par maladie cardio-vasculaire. Le rapport d'une consultation d'experts de l'OMS et de la FAO sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques analyse les données disponibles et fait des recommandations concernant l'apport souhaitable de nutriments pour la prévention des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles (7).

La lutte contre les maladies cardio-vasculaires demande une politique générale cohérente qui englobe la législation, la réglementation et l'éducation du public, car il est difficile, si le contexte général n'est pas propice, d'inciter les individus à changer de comportement. Le Tableau 6.1 indique, étape par étape, comment mettre en place un cadre complet pour lutter

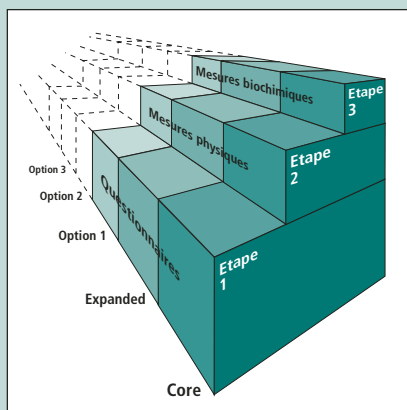
Encadré 6.1 Mesure des progrès: surveillance intégrée des facteurs de risque de maladie non transmissible

La surveillance a pour objet de repérer les caractéristiques et tendances nouvelles des principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire et autres maladies non transmissibles et de mesurer l'efficacité des mesures de prévention dans les pays. Deux instruments ont été élaborés à cet effet: la démarche « pas à pas » (STEPS) de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque de maladie non transmissible (10) et l'InfoBase mondiale OMS sur les maladies non transmissibles (11).

L'approche STEPS est un processus séquentiel qui commence par la collecte de données sur les comportements sanitaires clés à l'aide de questionnaires (Etape 1), puis passe à des mesures physiques simples (Etape 2) et ensuite seulement au prélèvement d'échantillons de sang en vue d'une évaluation biochimique (Etape 3). Ce cadre constitue une approche commune pour la définition de variables essentielles aux fins des enquêtes, de la surveillance et du contrôle. L'objectif est d'assurer la comparabilité dans le temps et entre pays. Cette méthodologie a été élaborée en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS et peut aisément s'adapter aux besoins des Etats Membres. Elle offre un point de départ aux pays à faible ou moyen revenu pour commencer à entreprendre des activités de sur-

veillance et de prévention des maladies non transmissibles. En développant le potentiel local, l'approche STEPS vise à obtenir des données comparables dans le temps et entre pays. De nombreux Etats Membres ont maintenant été formés à cette méthodologie. Elle est conçue pour s'appuyer sur des activités de surveillance existantes, mais peut aussi être utilisée *ex nihilo* dans les pays qui n'ont actuellement aucun système de surveillance. Les données recueillies à l'aide de l'approche STEPS sont introduites dans l'InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles.

L'InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles est une base de données destinée à recevoir les données nationales existantes sur les facteurs de risque de maladie non transmissible. Son avantage est que les données peuvent être affichées et utilisées pour déterminer la meilleure estimation possible de la prévalence dans un pays donné. Elle garantit la transparence des sources de données nationales, ce qui est un net progrès par rapport aux estimations antérieures de l'OMS qui, en l'absence d'une telle base relationnelle, reposaient sur des études qui pouvaient avoir négligé de nombreuses autres sources disponibles et dont la transparence laissait à désirer.



veillance et de prévention des maladies non transmissibles. En développant le potentiel local, l'approche STEPS vise à obtenir des données comparables dans le temps et entre pays. De nombreux Etats Membres ont maintenant été formés à cette méthodologie. Elle est conçue pour s'appuyer sur des activités de surveillance existantes, mais peut aussi être utilisée *ex nihilo* dans les pays qui n'ont actuellement aucun système de surveillance. Les données recueillies à l'aide de l'approche STEPS sont introduites dans l'InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles.

contre les maladies cardio-vasculaires, cadre qui pourra être modifié selon les besoins, les buts et les objectifs du pays.

Malheureusement, dans la plupart des pays, la lutte contre les maladies cardio-vasculaires repose encore sur le modèle suivi pour les maladies infectieuses. Par conséquent, les moyens sont très insuffisants aux niveaux mondial et national pour combattre les épidémies de maladies cardio-vasculaires. Rares sont les pays qui appliquent des politiques complètes de prévention et de lutte (9), et le potentiel, notamment le potentiel de recherche sur les politiques, ne se développe pas aussi rapidement que l'exige la transition épidémiologique. L'écart entre les besoins en matière de prévention et de lutte et les moyens d'y répondre continuera de se creuser si l'on ne prend pas des mesures urgentes.

Des normes valables au plan mondial sont nécessaires pour contrebalancer l'influence d'acteurs puissants. Pour établir de telles normes, les professionnels de la santé publique doivent apprendre à peser sur les délibérations d'organes comme l'Organisation mondiale du Commerce, qui traite de plus en plus souvent de questions sanitaires, et assumer un rôle plus important dans les affaires qui concernent les produits ayant des effets sur la santé. Un assortiment de codes multipartites et intergouvernementaux et d'autres mesures non contraignantes peuvent s'avérer nécessaires. La Convention-cadre pour la lutte antitabac, dont il est question dans la prochaine section, est un exemple de norme mondiale juridiquement contraignante.

L'OMS et les gouvernements ne peuvent lutter seuls contre les maladies cardio-vasculaires. Comme pour la lutte antitabac, des partenariats et des interactions avec les groupes internationaux de défense des consommateurs et les sociétés commerciales multinationales sont indispensables. L'OMS est en train de mettre au point une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé qui guidera la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres dans tous les secteurs pour prévenir les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles. Cette stratégie de prévention à l'échelle de la population est le fruit d'une vaste concertation avec les parties concernées: les Etats Membres, les organisations des Nations Unies et les organisations intergouvernementales, la société civile et le secteur privé.

Les avocats de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires sont encore peu nombreux sur la scène internationale et généralement isolés. Sans unité, les partisans de la promotion de la santé paraissent bien impuissants face à la domination croissante de groupes commerciaux et d'associations de consommateurs qui ont fait du traitement le thème central des débats sur les politiques de santé et une priorité du financement. Des alliances plus larges entre associations de professionnels de la santé, de consommateurs et autres sont nécessaires pour faire campagne en faveur de la prévention des principaux facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et pour mesurer le chemin parcouru sur la voie d'objectifs concertés aux niveaux national et mondial, éventuellement inspirés des objectifs du Millénaire pour le développement (voir l'Encadré 6.1). Etant donné que les déterminants des maladies cardio-vasculaires sont multisectoriels, le plaidoyer et l'action doivent eux aussi dépasser le cadre du secteur de la santé. Il est indispensable, pour obtenir un changement de cap qui, grâce à la mobilisation communautaire, profitera à l'ensemble de la population, que les organisations non gouvernementales mêlent leur voix à celles qui réclament que des politiques et programmes de lutte contre les maladies cardio-vasculaires soient rapidement mis en œuvre.

Alors que la mondialisation des principaux risques de maladie cardio-vasculaire s'accélère, la prévention et la lutte progressent lentement. Afin que les progrès soient durables, il faut que les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et la société civile prennent conscience de la nécessité d'élargir rapidement les activités de santé publique pour y faire figurer les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque.

La difficulté consiste à tendre vers l'intégration de la lutte contre les maladies transmissibles et contre les maladies cardio-vasculaires, tout en tenant compte des différences chronologi-

ques entre les épidémies et de la concurrence à laquelle donne lieu l'affectation de ressources limitées. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires doit être inscrite à l'ordre du jour des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. Cela n'avait pas été jugé nécessaire il y a 25 ans à Alma-Ata. Aujourd'hui, c'est indispensable.

Lutte antitabac: renforcer l'action nationale

La consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac ainsi que l'exposition à la fumée de tabac sont la première cause évitable de décès dans le monde: elles font environ 5 millions de morts par an, pour la plupart dans les pays pauvres et dans les populations démunies. D'après les toutes dernières estimations, sur les quelque 4 millions d'hommes et 1 million de femmes disparus, plus de 2 millions d'hommes et 380 000 femmes vivaient dans les pays en développement (12). Ce tragique bilan aura doublé dans 20 ans si l'on n'applique pas partout et de toute urgence les mesures que l'on sait efficaces.

La mondialisation de l'épidémie de tabagisme peut saper même les meilleurs programmes nationaux de lutte antitabac. L'épidémie est propagée et amplifiée dans le monde par un ensemble complexe de facteurs qui abolissent les frontières, notamment la libéralisation du commerce, les investissements étrangers directs ou encore la commercialisation à l'échelle planétaire, la publicité, la promotion et le parrainage transnationaux ainsi que les réseaux internationaux de contrebande et de contrefaçon. Conscients de la gravité de la situation, les 192 Etats Membres ont adopté en mai 2003 à l'Assemblée mondiale de la Santé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Premier traité négocié sous les auspices de l'OMS, la convention-cadre marque un tournant décisif dans le combat mené contre un fléau mondial des plus meurtriers: la lutte antitabac entre dans une ère nouvelle aux niveaux mondial et national. Il s'agit d'un traité fondé sur des bases factuelles qui réaffirme le droit de tout un chacun de bénéficier du meilleur état de santé possible. Elle se démarque de la stratégie habituellement suivie pour réglementer les substances dépendogènes: contrairement aux traités adoptés auparavant pour le contrôle des drogues, la convention-cadre insiste sur les stratégies de réduction de la demande et sur les questions d'offre.

L'OMS et les Etats Membres doivent s'attendre à de grandes difficultés pour appliquer l'accord dans les pays. La genèse de la convention-cadre montre également ce que coûte le temps écoulé entre l'intention et l'action. Il a fallu en effet près de 10 ans pour réaliser le projet de convention. Entre-temps, plus de 30 millions de personnes sont mortes de maladies liées au tabac, dont 70 % dans les pays à revenu faible ou moyen et la moitié avant l'âge de 70 ans. Ceux qui sont morts avant d'avoir atteint 70 ans ont perdu en moyenne 28 années de vie (13). A mesure que s'approche l'entrée en vigueur de la convention-cadre, le renforcement des moyens nationaux de lutte antitabac devient une priorité de la santé publique dans tous les pays.

La présente section traite de la ratification, de l'entrée en vigueur et de la mise en œuvre prochaines de la convention-cadre ainsi que des possibilités qu'elle offre aux pays de mieux combattre le tabagisme. Les difficultés que posent le développement et le renforcement du potentiel national de lutte antitabac sur le plan politique, gestionnaire et technique sont également examinées.

Orientation de la lutte antitabac

La consommation totale de tabac augmente. Le nombre de fumeurs dans le monde, estimé à 1,3 milliard aujourd'hui, atteindra 1,7 milliard d'ici 2025 si la prévalence mondiale du tabagisme reste inchangée (14). Un fumeur sur deux mourra d'une maladie due au tabac. Jusqu'à

une date récente, l'action menée au niveau mondial contre ce grand problème de santé publique demeurait insuffisante.

En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté par consensus la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, négociée pendant quatre ans entre les Etats Membres de l'OMS. Il s'agit d'un instrument juridique international destiné à limiter les effets nocifs des produits du tabac sur la santé. Elle couvre des aspects très divers de la lutte antitabac, notamment la publicité, la promotion et le parrainage, le conditionnement et l'étiquetage, les prix et les taxes, la vente à et par des jeunes, le tabagisme passif, les environnements sans tabac et le traitement de la dépendance tabagique. Elle constitue une norme minimale pour l'ensemble du monde et certaines de ses dispositions encouragent les futures Parties à la convention à appliquer des mesures plus strictes que celles prévues. Par ailleurs, elle continuera d'évoluer à mesure que la Conférence des Parties négociera des protocoles à la convention qui imposeront des obligations plus spécifiques dans certains domaines. La convention-cadre est un instrument savamment équilibré, adopté à l'issue de négociations difficiles lors desquelles il a été tenu compte des considérations scientifiques, économiques, sociales et politiques pertinentes.

L'adoption de la convention-cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé ouvre celle-ci à la signature et à la ratification des Etats Membres. Elle est ouverte à la signature du 16 juin 2003 au 29 juin 2004, et à la ratification à partir du 30 juin 2004.

La signature de la convention par un Etat Membre indique l'intention de celui-ci de ratifier le traité mais n'entraîne pas d'obligations importantes autres que celle de ne pas aller à l'encontre de l'objectif de la convention; en la signant, un pays s'engage toutefois politiquement à la ratifier. La ratification est l'expression du consentement d'un pays à être lié juridiquement par le traité et l'oblige à appliquer de bonne foi les dispositions du traité lorsque celui-ci entre en vigueur. La convention entrera en vigueur 90 jours après avoir été ratifiée par 40 Etats Membres. Les pays qui l'ont ratifiée seront alors juridiquement liés par ses dispositions. Les pays qui ne ratifient pas le traité ne sont pas tenus d'appliquer ses dispositions.

Tous les traités ne prévoient pas des ressources financières et une assistance technique pour leur mise en œuvre. La convention-cadre, elle, appartient à l'unique catégorie d'accords internationaux dans ce cas. Elle engage les Parties à fournir des fonds pour financer les mesures nationales de lutte antitabac, encourage le recours à des mécanismes de financement novateurs aux niveaux national, régional et international afin de consacrer davantage de ressources à la lutte antitabac, et laisse le soin à la Conférence des Parties de déterminer s'il y a lieu de créer un fonds mondial de contributions volontaires ou tout autre mécanisme de financement approprié. Preuve de l'influence qu'a eue le processus d'élaboration de la convention-cadre, la lutte antitabac figure désormais parmi les priorités des programmes de financement du développement.

Comme lors des négociations relatives à la convention-cadre, les professionnels de la santé qui militent contre le tabagisme, les organisations non gouvernementales concernées et les associations locales ont un rôle important à jouer sur la scène internationale lors du processus de ratification. Ils peuvent continuer à faire campagne pour la ratification et la mise en œuvre de la convention-cadre et pour l'adoption d'une législation nationale appropriée à l'appui de celle-ci.

Politiques et programmes nationaux

En abordant la lutte antitabac d'une manière globale, on parvient à dissuader les gens de commencer à fumer et à les faire renoncer à la cigarette, grâce à une série de mesures de santé

publique comprenant notamment une politique de prix, des restrictions à la publicité, à la promotion et au parrainage, la réglementation du conditionnement et de l'étiquetage, des campagnes d'éducation, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et des services d'aide au sevrage tabagique. Une approche globale suppose de tenir compte aussi des jeunes et des femmes et de toucher l'ensemble de la population.

Les politiques nationales doivent également résoudre les problèmes nouveaux comme la réglementation des produits du tabac qui commencent tout juste à arriver sur le marché. En outre, l'adoption de la convention-cadre a modifié la définition des stratégies complètes de lutte antitabac, qui doivent comprendre désormais des éléments transnationaux en plus des mesures nationales et locales.

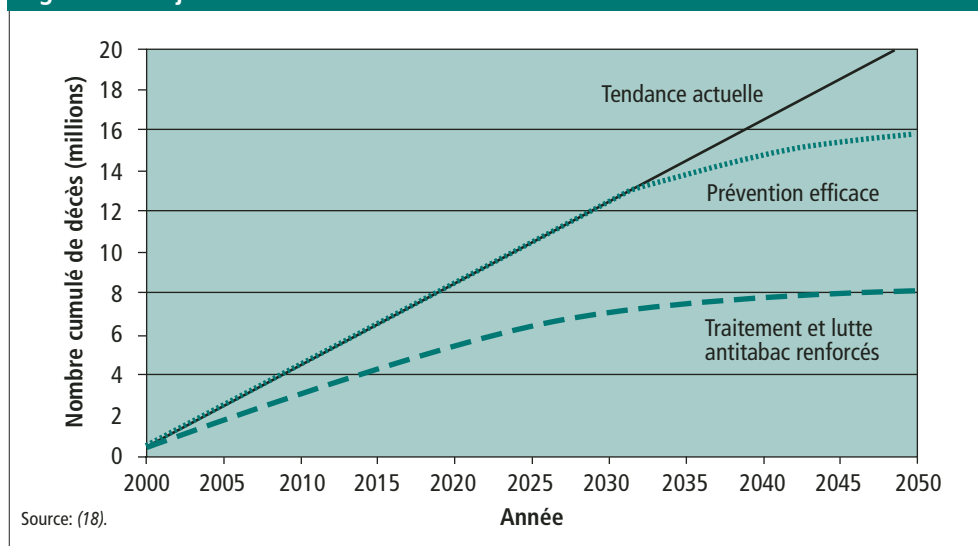
Rares sont les pays qui ont pris toutes les mesures nécessaires pour réduire sensiblement la consommation de tabac. Les mesures d'ordre général connues pour avoir les plus grands effets sur la consommation individuelle, le taux d'abandon et le pourcentage de nouveaux fumeurs supposent une volonté et un engagement politique durables et, surtout, une législation appropriée et bien appliquée.

La plupart des pays n'ont pas les moyens de lutter efficacement contre le tabac. Beaucoup d'entre eux n'ont ni l'infrastructure ni les ressources humaines nécessaires pour maintenir sur la durée un programme minimum contre le tabagisme. On constate, par exemple, que peu de gouvernements affectent du personnel à plein temps à la lutte antitabac. Dans maints pays, l'opinion publique ne s'est pas encore mobilisée, de sorte que, même quand le gouvernement est décidé à proposer des mesures antitabac, les cigarettiers n'ont pas de mal à dénoncer et à contrarier ses politiques. Même lorsque le ministère de la santé est partisan d'agir, il peut être incapable de faire valoir son point de vue face à d'autres ministères plus influents.

Développement du potentiel national

Le succès de la convention dépend en grande partie des efforts que feront les pays pour ratifier le traité et prendre des mesures efficaces. Il est indispensable de développer et de renforcer le potentiel national de lutte antitabac sur le plan politique, gestionnaire et technique pour pouvoir appliquer une approche multisectorielle systématique. Seule une approche de

Figure 6.2 Projections concernant les tendances de la mortalité liée au tabac



ce type garantira une action communautaire et gouvernementale viable pour combattre le tabagisme sur tous les fronts, aux niveaux local, national et mondial.

Beaucoup de pays n'ont toujours pas de plan d'action national contre le tabagisme, la plupart du temps faute de consensus et de volonté politique. Lorsqu'ils en ont un, il arrive que les mesures prévues soient sans effet parce qu'elles sont mal appliquées. Il faut convaincre les pouvoirs publics et la société civile que les ressources investies pour lutter contre le tabagisme dégageront des bénéfices à moyen terme et à long terme. Il faut aussi surveiller en permanence les agissements de l'industrie du tabac pour déjouer ses manœuvres visant à saper les efforts entrepris. Une volonté et un engagement politiques fermes sont indispensables.

Le secteur de la santé soutient dans une large mesure la lutte antitabac, mais n'a pas à lui seul les ressources, les compétences et le pouvoir politique nécessaires pour faire changer les choses. Il faut pour cela le soutien et l'engagement de tous les secteurs gouvernementaux concernés. Les initiatives antitabac seront plus viables si elles sont intégrées aux structures sanitaires déjà en place au niveau du pays, de l'Etat et du district.

Le développement du potentiel national est une stratégie exhaustive, efficace et viable pour les programmes et politiques multisectoriels de lutte antitabac. Le rôle de l'OMS consiste à coordonner les travaux des spécialistes dans le monde, à montrer la voie à suivre, à soutenir les opérations menées en première ligne et à encourager les partenariats entre gouvernements et société civile qui permettent d'appliquer des stratégies plus efficaces. Il existe de nombreux exemples probants dont peuvent s'inspirer les pays; deux d'entre eux sont brièvement exposés dans l'Encadré 6.2.

Intégration de la lutte antitabac dans les systèmes de santé

Le traitement de la dépendance tabagique est une autre mesure envisageable dans les pays à revenu faible ou moyen (17). Comme le montrent les projections de la Figure 6.2, le panachage de mesures préventives et thérapeutiques efficaces permettra d'éviter un nombre nettement plus important de décès liés au tabac dans les décennies à venir que la prévention seule (18). Les programmes de sevrage tabagique destinés aux adultes sont indispensables pour améliorer rapidement l'état de santé de la population au cours des 20 ou 30 prochaines années car les effets de la prévention auprès des jeunes pour éviter qu'ils ne commencent à fumer ne se feront sentir qu'au bout de plusieurs dizaines d'années. L'enquête mondiale sur

Encadré 6.2 Exemples de stratégies antitabac appliquées avec succès

Taxes sur le tabac en Afrique du Sud

Au cours de ces dix dernières années, la politique antitabac de l'Afrique du Sud, qui repose sur deux piliers: la législation et l'augmentation des droits d'accise, a considérablement évolué. Le Gouvernement élu en 1994 a déclaré qu'il allait augmenter la taxe sur les produits du tabac pour lui faire atteindre 50 % du prix de détail (à cette date, les droits d'accise s'élevaient à 21 % du prix de détail et l'ensemble des taxes représentait 32 % de ce prix). En 1997, le Ministre des Finances a annoncé que la cible de 50 % avait été atteinte. Les augmentations ultérieures de taxes ont été conçues pour maintenir ce pourcentage. Au cours de la dernière décennie, le prix de détail en termes réels a plus que doublé: de ce fait, les cigarettes sont devenues très chères comparativement à divers autres biens et services. Bien que, conjuguées à d'autres interventions destinées à lutter contre le tabagisme, ces taxes aient entraîné une réduction de 33 % de la consommation du tabac, les recettes effectives de l'Etat résultant de cet impôt ont plus que doublé (15).

Mises en garde sanitaires en Thaïlande

La Thaïlande a commencé à faire apposer des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes en 1974. Depuis 1989, ces messages ont subi de nombreux changements et sont l'un des éléments importants d'une politique couvrant tous les aspects de la lutte. Les mises en garde ont été améliorées par étapes, et l'on a ainsi progressivement augmenté la diversité et l'effet dissuasif. Le nombre de mises en garde apparaissant à tour de rôle sur les paquets est passé de un à 12. Quant à la surface occupée par ces messages sur les paquets et les cartouches de cigarettes, elle a atteint un tiers de la surface principale. Une nouvelle série de messages sanitaires illustrés, couvrant la moitié des faces avant et arrière des paquets, a été préparée et soumise au Ministère de la Santé en 2003 et attend maintenant l'agrément du Gouvernement thaïlandais. Grâce à la politique de lutte antitabac de la Thaïlande, la consommation de cigarettes par habitant diminue dans ce pays depuis le milieu des années 90 (16).

Encadré 6.3 Le tabac et les écoliers dans la Région du Pacifique occidental

Les données émanant du premier groupe de pays de la Région à avoir mené à bien l'Enquête mondiale sur le tabac et les jeunes révèlent des taux de tabagisme et d'exposition au tabagisme passif extrêmement élevés chez les écoliers de 13 à 15 ans dans le Pacifique occidental. Un grand nombre de ces enfants ont commencé à fumer avant l'âge de 10 ans et la très grande majorité désire s'arrêter mais en est empêchée par une dépendance nicotinique.

Ont participé à cette enquête la Chine, Fidji, les Mariannes du Nord, les Palaos, les Philippines et Singapour. Il est apparu que, dans certaines régions de Chine, 20 à 40 % des enfants commencent à fumer avant l'âge de 10 ans contre 14 % aux Philippines, 22 % environ à Fidji et à Singapour et 31 à 32 % dans les Mariannes du Nord et les Palaos. Globalement, 35 à 65 % des enfants avaient été exposés à la fumée d'autres personnes à leur domicile.

Jusqu'à 87 % des enfants fumeurs en Chine et 85 % aux Philippines, et au moins 62 % du total des enfants de l'enquête ont exprimé le désir de cesser de fumer. Ces chiffres montrent qu'il est urgent de mettre sur pied des interventions axées sur les enfants et les adolescents afin de leur donner les moyens de dire non au tabagisme. Pour ceux qui sont déjà en état de dépendance, il est impératif de concevoir des stratégies de sevrage adaptées à ce groupe d'âge. En outre, il est manifestement urgent de prendre des mesures efficaces pour que les enfants et les jeunes soient protégés des effets du tabagisme environnemental. Afin que les enfants soient correctement protégés, l'OMS invite instamment les gouvernements à mettre en place des programmes complets de lutte antitabac conformes aux principes énoncés dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

les jeunes et le tabac a révélé que la plupart des jeunes fumeurs de la Région du Pacifique occidental souhaitaient arrêter de fumer (voir l'Encadré 6.3).

De nombreux obstacles empêchent la plupart des pays d'offrir un traitement d'un bon rapport coût/efficacité contre la dépendance tabagique, notamment le fait que le traitement ne soit pas intégré aux systèmes de soins de santé, le manque de compétences du personnel soignant, le prix élevé des produits nicotiniques de substitution et des services d'aide au sevrage tabagique, et la réglementation stricte dont ces produits font l'objet. Les systèmes de soins de santé pourraient venir en aide aux populations déshéritées les plus enclines à fumer en leur offrant un appui et des facilités d'accès au traitement (19). Tout le personnel soignant doit être impliqué, y compris les professionnels de la santé bucco-dentaire qui, dans de nombreux pays, sont au contact d'une grande partie de la population en bonne santé. Les programmes de sevrage tabagique doivent se dérouler dans un contexte favorable, lequel exige une action énergique de l'Etat, par exemple la promotion d'environnements sans tabac ou des campagnes de communication et de sensibilisation conçues pour que le tabagisme soit moins bien accepté socialement (20).

La Nouvelle-Zélande, où 50 % de la population autochtone fume, assure, au niveau de la population, une gamme de services de sevrage tabagique parmi les plus avancés (21), dont une permanence téléphonique nationale, le remboursement des substituts nicotiniques, des services spécialement destinés aux Maori (par exemple une aide au sevrage tabagique et un traitement pour les femmes et leur famille) et un service hospitalier pour ceux qui veulent arrêter de fumer. On peut difficilement mettre en place des programmes prévoyant une aide au sevrage tabagique sans mener des campagnes médiatiques, sans un lobby antitabac influent, sans des analystes politiques qui anticipent les événements, et sans le soutien du gouvernement; l'augmentation des taxes est un moyen supplémentaire d'inciter les gens à ne plus fumer.

La convention-cadre est une arme de portée mondiale contre la mortalité et la morbidité dues à la pandémie de tabagisme. L'ouverture de la convention à la signature et à la ratification donne aux pays une occasion unique de renforcer leur potentiel national de lutte contre le tabagisme. Le succès de la lutte antitabac dépend d'un engagement politique suivi et de l'apport de ressources supplémentaires aux niveaux mondial et national. L'amélioration de la santé qui s'ensuivra, notamment chez les populations les plus démunies, sera, pour les services de santé publique, une réalisation de toute première importance.

Circulation routière: les épidémies occultes

Chaque année, plus de 20 millions de personnes sont tuées ou grièvement blessées sur les routes du monde. Le bilan est particulièrement lourd dans les pays en développement et ne peut que s'y aggraver compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de véhicules.

En plus des traumatismes et des décès qui en résultent directement, l'augmentation du nombre de véhicules et certaines politiques de transport ont d'autres conséquences graves sur la santé et d'importantes répercussions sociales, économiques et écologiques (22). Dans certains pays, la pollution de l'air par les véhicules à moteur fait plus de morts encore que les accidents de la circulation (23). Outre leur contribution directe aux maladies respiratoires et cardiaques, les transports routiers sont à l'origine d'un quart environ des émissions anthropogéniques de gaz responsables du changement climatique (24). Ces épidémies « occultes » retiennent bien peu l'attention aux niveaux national et international par rapport aux principales maladies transmissibles et non transmissibles.

Or les accidents de la route sont, dans une large mesure, évitables. Il existe de nombreuses interventions économiquement abordables pour prévenir les traumatismes et épargner des vies: mais, jusqu'à présent, leur efficacité a surtout été étudiée dans les pays développés et d'autres études sont nécessaires dans les pays en développement. On redouble actuellement d'efforts pour, partout dans le monde, sensibiliser au problème, faire connaître les solutions possibles et encourager l'adoption de politiques et mesures de sécurité routière. Plusieurs pays appliquent des stratégies intégrées pour réduire les risques liés à la circulation et mieux tirer parti des politiques de transport et d'aménagement du territoire qui favorisent l'exercice physique et les projets cohérents de développement communautaire (25).

L'épidémie de traumatismes dus aux accidents de la route ne fait que commencer dans les pays en développement, mais pourrait devenir exponentielle si l'on tarde à agir (26). Les pays à faible ou moyen revenu sont déjà les plus durement touchés avec 90 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) que représentent les traumatismes et les décès dus aux collisions. Alors qu'ils sont en baisse dans les pays à haut revenu, les taux de létalité augmentent rapidement dans le monde en développement, surtout en Asie (27). La situation est si grave que, d'ici à 2020, les accidents de la route seront sans doute la troisième cause d'AVCI perdues dans le monde (28). On estime que le nombre de morts sur les routes aura alors augmenté de 92 % en Chine, de 147 % en Inde et de 80 % en moyenne dans beaucoup d'autres pays en développement (29).

Outre ce bilan humain inacceptable, on estime à US \$518 milliards par an environ le coût économique des accidents de la circulation dans le monde, dont US \$65 milliards dans les pays en développement (27). Il est évident que les pays qui s'efforcent de se développer économiquement ne peuvent absorber une telle perte et que celle-ci se ressent sur les systèmes de santé nationaux. Les blessures représentent un tiers environ des cas aigus dans de nombreux hôpitaux des pays à revenu faible ou moyen, et entre 30 % et 86 % de toutes les hospitalisations pour traumatismes (30); la majorité de ces hospitalisations sont consécutives à un accident de la circulation.

Bien que plus de 3000 personnes meurent chaque jour sur les routes, le problème n'est pas reconnu dans toute son ampleur parce que les collisions ne font généralement que peu de victimes à la fois et qu'il n'en est guère question dans la presse, ce qui contribue à occulter l'épidémie.

Contrairement à d'autres épidémies, les traumatismes dus aux accidents de la route dépendent dans une large mesure de décisions et de choix tant collectifs qu'individuels, de sorte

qu'il est possible d'agir sur le problème. On sait que, dans les pays en développement, les accidents mortels sont bien plus fréquents que dans les pays qui ont un parc automobile important, la mortalité étant parfois jusqu'à 200 fois supérieure (27). Le nombre d'automobiles augmente rapidement dans les pays en développement et, de ce fait, les routes deviennent beaucoup plus dangereuses; ce moyen de transport étant appelé à se développer, le nombre de décès et de traumatismes parmi les usagers vulnérables va augmenter en conséquence. Un engagement au niveau mondial peut permettre de maîtriser cette épidémie à condition de s'appuyer sur une collaboration intersectorielle, des politiques ciblées et des plans d'action nationaux. Environ 1,3 million de personnes meurent chaque année sur les routes. Il faut impérativement profiter des possibilités qui s'offrent d'éviter cette hécatombe.

Faire de la sécurité une responsabilité partagée

Dans les pays développés, les faits montrent que les accidents sont évitables et que les interventions ont déjà permis de sauver des vies par centaines de milliers. Les données font ressortir la nécessité d'aborder la sécurité routière en considérant le conducteur, le véhicule et le cadre bâti comme trois éléments d'un système dynamique au sein duquel la sécurité est une responsabilité partagée. La démarche consiste ainsi à recenser toutes les sources d'erreurs et tous les défauts de conception qui contribuent aux collisions pour essayer d'en atténuer les conséquences (31).

Depuis quelques décennies, la sécurité des véhicules, des routes et des conducteurs a fait beaucoup de progrès dans les pays développés. Les innovations à bord des automobiles comprennent notamment les pare-chocs amortisseurs, les colonnes de direction télescopiques, les ceintures de sécurité, les appuis-tête fixes, les airbags et les sièges auto pour enfants. Les chaussées ont été aménagées afin de séparer par des barrières les voies de circulation en sens contraire et de supprimer les intersections. Les piétons sont protégés des véhicules par des barrières, l'éclairage public s'est amélioré et des ralentisseurs ont été installés pour ralentir la circulation. Le port de la ceinture de sécurité par le conducteur et les passagers et celui du casque par les motocyclistes sont devenus obligatoires. Les excès de vitesse et la conduite en état d'ivresse sont sanctionnés par une législation sévère. Ces mesures ont permis de sauver des centaines de milliers de vies, comme l'illustre l'exemple des Etats-Unis, où le nombre de décès causés par les véhicules à moteur a chuté de plus de 40 % entre 1966 et 1997.

Les interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui ont fait leurs preuves dans les pays développés peuvent aussi donner de bons résultats dans les pays à faible revenu. Pour un impact maximum, toutes les stratégies de prévention doivent aller de pair avec une répression pénale efficace (32).

Les données prouvent de manière convaincante l'utilité des mesures de sécurité, mais il faut adapter le savoir acquis pour concevoir des interventions efficaces dans les pays en développement. Les conditions propres à chaque pays et à chaque région en matière de sécurité routière sont un important sujet de recherche. Il convient également de mieux étudier les facteurs, notamment ceux liés au mode de vie, qui expliquent les différences entre pays pauvres et pays riches concernant les accidents. Dans les pays privilégiés, par exemple, la plupart des blessés se trouvent à l'intérieur d'un véhicule lors de la collision tandis que, dans les pays démunis, les victimes sont généralement les usagers les plus vulnérables, c'est-à-dire les piétons, les cyclistes et les passagers des transports publics (33).

Dans beaucoup de pays, les véhicules à deux roues, qui circulent parmi les automobiles, les autocars et les camions, sont le moyen de transport le moins cher et le plus dangereux (34). La vitesse et une mauvaise visibilité sont les plus grands dangers pour les cyclistes, les motocyclistes et leurs passagers, qui sont d'autant plus exposés quand ils n'ont pas de casque ni d'autres protections. Les lésions cérébrales sont une cause fréquente de décès lors des colli-

sions avec des deux-roues. Rouler feux allumés pendant la journée est une bonne solution pour les cyclistes et les motocyclistes car les autres usagers les voient mieux.

Mobilisation

Nombre de dirigeants politiques ne mesurent pas pleinement l'ampleur et la gravité du problème des accidents de la route. Il faut entreprendre de longues campagnes de sensibilisation qui les inciteront à agir dès maintenant et pendant longtemps pour améliorer la sécurité routière dans les pays et dans l'ensemble du monde. Depuis quelques années, l'OMS s'investit de plus en plus dans la prévention des accidents de la route. En 2001, elle a élaboré une stratégie quinquennale pour guider les chercheurs, les praticiens et les responsables du choix des politiques et pour mobiliser l'opinion publique (35). Cette stratégie, qui privilégie l'épidémiologie, la prévention et la sensibilisation, est actuellement appliquée par un certain nombre de pays, dont le Cambodge, l'Ethiopie, le Mexique, la Pologne et le Viet Nam, avec la participation active de l'OMS.

En 2004, la Journée mondiale de la Santé, qui a lieu tous les ans le 7 avril, sera consacrée à la sécurité routière et marquera la sortie du *Rapport mondial sur la prévention des accidents de la route*, publié par l'OMS en collaboration avec la Banque mondiale. Ce rapport présentera des données exhaustives sur les déterminants et sur l'importance des accidents de la route et suggérera des solutions scientifiquement fondées. En mai 2003, l'Assemblée générale des Nations Unies a estimé que les traumatismes dus aux accidents de la circulation étaient une épidémie mondiale, et il est prévu qu'elle tienne une session extraordinaire en avril 2004 à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé pour promouvoir la sécurité routière et encourager les pays à adopter des plans d'action nationaux. L'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organismes encore concourent à l'action de sensibilisation.

Il faut faire prendre conscience aux dirigeants et à la société civile du nombre de morts et de blessés sur les routes pour qu'ils s'engagent à réduire ce fléau. Les programmes nationaux destinés à améliorer la sécurité routière n'exigeront pas seulement la participation des secteurs de la santé publique et des transports, mais aussi l'appui des responsables de la justice, de la police, de la santé, de l'éducation et de l'urbanisme. Les pouvoirs publics devront en outre être soutenus par les organisations non gouvernementales et les organismes professionnels.

Une analyse exhaustive du système de sécurité routière de chaque pays permettra de se faire une idée exacte de la situation (qui est blessé ou tué, où, quand et comment les accidents ont lieu), des solutions envisageables, des acteurs de différents secteurs qu'il est possible d'associer et de former, et des problèmes propres aux pays. Les catégories de personnel qualifié nécessaire pour prévenir et soigner les traumatismes dus aux accidents de la circulation dépendront de la capacité actuelle du pays et des ressources supplémentaires qu'il parviendra à obtenir.

L'une des forces dont la santé publique peut depuis longtemps se prévaloir est la surveillance des maladies, c'est-à-dire le recueil et l'utilisation d'informations sur les caractéristiques, les facteurs de risque et l'efficacité des interventions en vue de prévenir une maladie et d'en atténuer les effets. On peut se servir du potentiel de surveillance et de recherche pour les accidents de la route et élargir les évaluations généralement effectuées en santé publique pour prendre en considération d'autres éléments cruciaux des systèmes en vigueur dans un pays. Une fois l'évaluation et l'analyse achevées, tous les secteurs peuvent collaborer à l'élaboration et à l'exécution d'un plan visant à modifier tout à la fois les routes, la conception des véhicules, les lois et les comportements afin de sauver des vies. Les pays démunis auront besoin d'une aide extérieure pour appliquer des mesures de sécurité routière.

Prévention des traumatismes, sécurité et traitement

Prévention, sécurité et traitement sont les trois axes de tout plan national contre les accidents de la route. Tous trois nécessitent une planification à court et à long terme ainsi qu'une surveillance pour connaître les résultats et mesurer les progrès accomplis. La législation et l'efficacité avec laquelle elle est appliquée seront déterminantes.

Le plus important pour commencer est d'empêcher les accidents. Certains pays ont déjà fait des progrès en matière de prévention en séparant les piétons des automobiles et des camions, en érigeant des barrières et des clôtures, en installant des glissières de sécurité, en élargissant les bas côtés et en aménageant les endroits dangereux où il y a le plus de risques d'accidents. Au nombre des mesures efficaces figurent aussi les dispositifs destinés à ralentir la circulation tels que les bandes rugueuses et les dos-d'âne (voir l'Encadré 6.4), les limitations de vitesse et une législation qui réprime sévèrement l'alcool au volant (32).

Deuxièmement, quand un accident survient, les blessures sont moins graves si les conducteurs sont protégés par un casque ou par une ceinture de sécurité. Il est possible de construire ou d'importer des véhicules qui résistent aux chocs, équipés par exemple de dispositifs de sécurité qui protègent les passagers en cas de retournement. Troisièmement, les pays ont besoin de bons systèmes de prise en charge des traumatismes afin que les victimes puissent être transportées et soignées sans retard et suivent une rééducation. Des services d'urgence rapides et efficaces peuvent réduire la morbidité et la mortalité. Pour être complets, les plans de prise en charge des blessés doivent prévoir une rééducation de qualité (36).

Il est impossible d'améliorer la sécurité routière si les pouvoirs publics ne s'engagent pas fermement à mettre en place, financer et maintenir les programmes nécessaires. La collaboration avec d'autres acteurs intéressés aux niveaux mondial, national et local permettra de progresser plus vite et aidera à adopter des solutions plus viables pour les transports publics et privés. Les pays peuvent d'abord s'employer à faire davantage d'études et à constituer une base de données exhaustive pour suivre et évaluer les plans nationaux. A mesure que l'on en apprend davantage sur les accidents de la route, les possibilités de collaboration entre pays, disciplines et organismes se multiplient. La collaboration sera déterminante pour organiser rapidement une riposte à l'épidémie, en particulier dans les pays démunis, et atténuer l'impact sur l'environnement à l'échelle mondiale.

Etant donné que les pays pauvres supportent l'essentiel de la charge de morbidité et de mortalité, il est important d'avoir pour objectif l'équité de la sécurité dans le monde, soit l'accès universel aux moyens de sécurité. Pour atteindre cet objectif, les pays en question devront développer les infrastructures et les ressources humaines avec l'aide des pays développés. Les gouvernements peuvent être incités à considérer la sécurité routière et la prévention des traumatismes comme un moyen important de favoriser un développement économique, social et

Encadré 6.4 Stratégie peu coûteuse de sécurité routière: ralentisseurs au Ghana

Les accidents de la circulation posent un grave problème au Ghana, où le taux de létalité pour 10 000 véhicules est environ 30 à 40 fois plus élevé que dans les pays à haut revenu. La vitesse excessive des usagers sur les autoroutes interurbaines et dans les agglomérations étant considérée comme l'un des principaux facteurs d'accidents, des ralentisseurs ont été installés sur certains tronçons autoroutiers où le risque d'accident est particulièrement élevé afin de ralentir les véhicules et d'améliorer ainsi les conditions de circulation pour les autres usagers de la route tels les piétons et les cyclistes. Des bandes rugueuses d'un coût modique ont été placées sur l'autoroute principale Accra-Kumasi à un endroit particulièrement dangereux. En freinant la vitesse des véhi-

cules, on réduit l'énergie cinétique (qui cause les lésions et décès au moment du choc) et donc la distance de freinage, ce qui évite de nombreuses collisions.

L'utilisation de ralentisseurs, sous la forme de bandes rugueuses et de dos d'âne, a donné de bons résultats sur les routes ghanéennes. Entre janvier 2000 et avril 2001, soit une période de 16 mois, on a pu réduire de 35 % le nombre d'accidents de la circulation, de 55 % celui des morts et de 76 % celui des blessés graves. Ces mesures de réduction de la vitesse ont aussi permis d'éliminer certains types d'accidents et d'améliorer la sécurité des piétons.

environnemental durable et de mobiliser les forces nécessaires pour combattre efficacement une épidémie qui, encore en grande partie occultée aujourd'hui, deviendra de plus en plus visible si l'on ne fait rien.

Intégration de la sécurité routière dans les politiques générales

Dans la plupart des pays, aussi bien riches que pauvres, l'opinion publique s'inquiète de l'effet le plus insidieux de la circulation routière: la pollution de l'air. Les estimations relatives aux conséquences de la pollution atmosphérique sur la santé montrent que cette inquiétude est justifiée. En Autriche, en France et en Suisse, la pollution de l'air par les véhicules à moteur fait deux fois plus de morts que les accidents de la route (23). De plus, on s'attend à ce que les gaz responsables du changement climatique, dont un quart sont émis par les véhicules à moteur (24), provoquent, avec d'autres facteurs, des catastrophes telles qu'inondations et sécheresses et des changements dans l'habitat des vecteurs de maladies, les moustiques par exemple, qui auraient de graves conséquences sur la santé (37).

Les transports ont aujourd'hui beaucoup d'autres effets sur la santé (22), notamment les nuisances sonores permanentes, la hausse des taux de maladies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité et de certains cancers chez des usagers que rien n'incite à se déplacer à bicyclette et à pied (38), et les entraves au développement de réseaux locaux de soutien. Les pauvres des villes sont de loin les plus exposés à ces effets car les zones urbaines sont plus polluées et souvent moins propices à l'exercice physique (39).

Les traumatismes dus aux accidents de la route sont également plus fréquents chez les citadins défavorisés car ceux-ci vivent généralement dans des zones où le trafic est plus dense et où les véhicules sont proportionnellement plus nombreux à dépasser les limitations de vitesse (40, 41). Il y a en outre un lien manifeste entre le degré de dénuement socio-économique et le risque de traumatisme chez les enfants (42, 43), notamment parce que les enfants de familles qui n'ont pas de voiture sont obligés de traverser plus souvent la rue que les enfants de familles qui en ont une (44). Ces inégalités en milieu urbain peuvent être une bonne cible car la réduction des risques sanitaires dans les populations défavorisées est un moyen efficace de faire reculer la pauvreté (45).

D'ordinaire, les politiques adoptées pour réduire la pollution de l'air par les véhicules à moteur ne tiennent pas compte des autres effets de la circulation routière sur la santé tels que les accidents de voiture, et vice versa (46). Les systèmes de santé ont un rôle important à jouer dans l'élaboration de stratégies de transports intégrées qui prennent en considération toutes les retombées sanitaires (25). On peut recourir aux méthodes d'étude de l'impact sur la santé¹ pour anticiper les conséquences sanitaires des politiques de transport et suggérer des modifications qui amplifieront leurs effets bénéfiques et réduiront les inégalités en santé (47).

Tous les sujets abordés dans les chapitres précédents ont un point en commun: il s'agit de problèmes fondamentaux qu'il est impossible de résoudre sans un système de santé efficace. En effet, le sort d'un enfant atteint de paludisme en Afrique, d'un diabétique d'âge mûr en Amérique latine et d'une mère VIH-positive en Asie dépend vraisemblablement de l'efficacité du système de santé national. Le chapitre 7 montre que, malheureusement, la plupart des systèmes de santé nationaux sont aujourd'hui incapables de relever le défi, mais suggère des initiatives qui leur permettront d'affronter l'avenir.

¹ Voir le site Internet <http://www.who.in/hia>.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. Yusuf S et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization. *Circulation*, 2001, 104:2746–2753.
3. Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: time to get serious. *Lancet*, 2001, 358:661–663.
4. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemic: time to end the “Only-50%” myth. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:2657–2660.
5. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1992.
6. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*, 2002, 360:2–3.
7. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 916) (sous presse).
8. *Tonga commitment to promote healthy lifestyles and supportive environment*. Manille, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2003.
9. Alwan A, MacLean D, Mandil A. *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
10. Armstrong T, Bonita R. Capacity building for an integrated noncommunicable disease risk factor surveillance system in developing countries. *Ethnicity and Disease*, 2003, 13(Suppl 2):S2–13;S2–18.
11. Strong K, Bonita R. *Rapport SurF 1. Surveillance des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles: état actuel des données mondiales*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
12. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362:847–852.
13. Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Deuxième édition. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Clinical Trial Service Unit (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>, consulté le 2 septembre 2003).
14. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (HNP Discussion Paper No.6, Economics of Tobacco Control Paper No. 6).
15. Van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.4).
16. Chitanondh H. *Thailand country report on tobacco advertising and promotional bans*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.9).
17. *Maîtriser l'épidémie: l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1999.
18. Henningfield JE, Slade J. Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues. *Food, Drug and Law Journal*, 1988, 53(Suppl):75–114.
19. Friend K, Levy D. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: critical review. *Nicotine and Tobacco Research*, 2001, 3:299–310.
20. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
21. Price L, Allen M. *Effective access to tobacco dependence treatment, New Zealand*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.8).
22. Dora C, Phillips M. *Transport, environment and health*. Copenhague, Bureau OMS régional de l'Europe, 2000 (OMS, Publications régionales, Série européenne, No. 89; http://www.euro.who.int/transport/publications/20021008_1, consulté le 23 septembre 2003).
23. Kunzli N et al. Public health impacts of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 2000, 356:795–801 (http://www.euro.who.int/transport/HIA/20021107_3, consulté le 23 septembre 2003).
24. Metz B et al. *Climate change 2001. Mitigation*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press pour le Groupe intergouvernemental de l'évolution du Climat (IPCC), 2001.
25. Dora C, Racioppi F. Including health in transport policy agendas: the role of health impact assessment analyses and procedures in the European experience [Inclure la santé dans les programmes d'élaboration des politiques des transports: le rôle des analyses et méthodes d'évaluation de l'impact sanitaire dans l'expérience européenne]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:399–403 (résumé en français).
26. Rosenberg ML, Rogmans W. The global challenge of road traffic injuries. Foreword. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:1.
27. Jacobs G, Aaron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities*. Londres, Transport Research Laboratory, 2000 (TRL Report No. 445).

28. Murray CJL, Lopez A. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale], 1999 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
29. Kopits E, Cropper M. *Traffic fatalities and economic growth*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3035).
30. Otero W, Garner P, Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiological studies. *Tropical Medicine and International Health* 1997; 2:445–460.
31. Ward D. *The UN can make a special contribution to road safety*. New York, N.Y., Nations Unies, 29 mai 2003.
32. Forjuoh S. Traffic-related injury prevention interventions for low-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:109–118.
33. Nantulya VM, Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:13–20.
34. McCormac D. *Traffic in Vietnam*. Fulbright Economics Teaching Program case study (http://www.fetp.edu.vn/Research_casestudy/display.cfm?fileid=43, consulté le 23 septembre 2003).
35. *Stratégie quinquennale de l'OMS pour la prévention des accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/NMH/VIP/01.03).
36. Mock C, Arriola-Risa C, Quansah R. Strengthening care for injured persons in less developed countries: a case study of Ghana and Mexico. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:45–51.
37. McMichael AJ et al. *Climate change and human health: risks and responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
38. Racioppi F et al. *A physical active life through everyday transport: with a special focus on children and older people*. Copenhagen, Bureau OMS régional de l'Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, consulté le 15 septembre 2003).
39. *Road transport and health*. Londres, British Medical Association, 1997.
40. Mueller B et al. Environmental factors and risks for childhood pedestrian-motor vehicle collision occurrence. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:550–560.
41. Stevenson M et al. A case control study of traffic risk factors and child pedestrian injury. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:957–964.
42. *Safety of vulnerable road users*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 1999.
43. Joly M et al. Geographical and socio-ecological variations of traffic accidents among children. *Social Science and Medicine*, 1991, 33:765–769.
44. DiGiuseppe C et al. Influence of changing travel patterns on child death rates from injuries: trend analysis. *British Medical Journal*, 1977, 314:710–713.
45. *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé Pour le Développement Economique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
46. Tiwari G. Transport and land-use policies in Delhi [Politiques des transports et d'utilisation des sols à Delhi]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:444–450 (résumé en français).
47. Berensson K, Millar S. *Focusing on health – HIA. How can the health impact of policy decisions be assessed?* (<http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia038/en/>, consulté le 23 septembre 2003).